Endocrinologia e Medicina Estética
Edição XII

Capítulo 1

OBESIDADE E RISCO CARDIOVASCULAR NO BRASIL: CARGA HOSPITALAR, PREDITORES E PERSPECTIVAS TERAPÊUTICAS

LAURA TREICHEL ALDEBRAND[1]
FABRINE DADAM RISTOW[1]
GIOVANNA MARCHETTI[1]
BEATRIZ LUANA BARATTER DO CARMO[1]

[1]Discente - Medicina no Centro Universitário da Fundação Educacional de Brusque.

Palavras-chave: *Obesidade; Doenças Cardiovasculares; Sistema Único de Saúde.*

DOI 10.59290/2621000094

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica, complexa, multifatorial e de caráter recidivante, caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo capaz de comprometer a saúde. Em adultos, o índice de massa corporal (IMC) ≥30 kg/m² permanece como critério amplamente utilizado para sua classificação, embora a avaliação do risco cardiometabólico deva considerar também a distribuição da adiposidade e outros parâmetros clínicos. Em 2022, aproximadamente 16% dos adultos no mundo viviam com obesidade, enquanto 43% apresentavam excesso de peso, evidenciando a dimensão global do problema.

No Brasil, a trajetória epidemiológica também é ascendente. Dados do Vigitel demonstraram aumento da frequência de obesidade de 11,8% em 2006 para 20,3% em 2019 e, em 2023, a condição estava presente em aproximadamente 24,3% dos adultos avaliados nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Esse crescimento ocorre em paralelo à elevada prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e amplia a relevância da obesidade não apenas como alteração antropométrica, mas como importante determinante de morbidade, redução da qualidade de vida e utilização de recursos em saúde.

A etiopatogenia da obesidade envolve interação entre predisposição genética, mecanismos neuroendócrinos, comportamento alimentar, disponibilidade e custo dos alimentos, nível de atividade física, sono, condições socioeconômicas, ambiente construído e outros determinantes sociais. Dessa forma, sua ocorrência não pode ser reduzida exclusivamente ao desequilíbrio entre ingestão e gasto energético, uma vez que múltiplos fatores biológicos, ambientais e sociais modulam o desenvolvimento, a progressão e a manutenção da doença.

Embora o IMC seja um método simples e útil para classificação populacional, ele não distingue massa adiposa de massa livre de gordura nem caracteriza a distribuição do tecido adiposo. A circunferência abdominal constitui, portanto, medida complementar relevante, especialmente para identificação da adiposidade central. O acúmulo de gordura visceral apresenta forte associação com resistência insulínica, dislipidemia aterogênica, hipertensão arterial sistêmica (HAS), inflamação crônica e maior risco cardiovascular, permitindo refinar a estratificação de risco além do IMC isoladamente.

A relação entre obesidade e doença cardiovascular (DCV) ocorre por mecanismos diretos e indiretos. A expansão e disfunção do tecido adiposo promovem aumento da liberação de ácidos graxos livres, alteração na secreção de adipocinas, resistência insulínica, ativação do sistema nervoso simpático e do sistema renina-angiotensina-aldosterona, inflamação sistêmica de baixo grau, estresse oxidativo e disfunção endotelial. Essas alterações favorecem aterogênese, hipertensão, remodelamento cardíaco e alterações eletrofisiológicas. Paralelamente, a obesidade aumenta a ocorrência de fatores intermediários, como diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia e HAS, ampliando adicionalmente o risco cardiovascular (POWELL-WILEY *et al*., 2021; KOSKINAS *et al*., 2024).

As repercussões clínicas compreendem maior risco de doença arterial coronariana, infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca, fibrilação atrial, acidente vascular cerebral e morte cardiovascular. Nesse contexto, compreender a carga hospitalar associada à obesidade e às principais condições cardiovasculares no Brasil pode contribuir para dimensionar a magnitude do problema, identificar tendências assistenciais e fundamentar estratégias de prevenção e tratamento.

Nas últimas décadas, simultaneamente à expansão da obesidade, ocorreram transformações importantes no padrão alimentar e de atividade física da população brasileira. O maior consumo de alimentos ultraprocessados, o aumento da exposição a ambientes obesogênicos e o elevado tempo dedicado a comportamentos sedentários constituem elementos relevantes nesse processo. Ao mesmo tempo, avanços farmacológicos recentes, especialmente os agonistas do receptor do peptídeo semelhante ao glucagon tipo 1 (GLP-1) e os coagonistas dos receptores de GIP e GLP-1, modificaram substancialmente as possibilidades de tratamento da obesidade.

Diante desse cenário, este estudo teve como objetivo analisar a carga hospitalar relacionada à obesidade e contextualizar sua interface com o risco cardiovascular no Brasil, utilizando dados de internações, óbitos hospitalares e valores aprovados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para obesidade, HAS e IAM. Adicionalmente, discutem-se os principais determinantes comportamentais modificáveis, as políticas públicas direcionadas à prevenção da obesidade e as perspectivas contemporâneas de tratamento farmacológico, com ênfase em suas implicações cardiovasculares.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo epidemiológico ecológico, retrospectivo e descritivo, associado a uma discussão narrativa da literatura sobre obesidade, risco cardiovascular, prevenção e tratamento.

Para a análise epidemiológica, foram utilizados dados secundários de acesso público provenientes do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram avaliadas as internações hospitalares relacionadas à obesidade, hipertensão arterial sistêmica e infarto agudo do miocárdio registradas entre 2015 e 2025.

Foram analisados o número de internações, os óbitos hospitalares disponíveis e a letalidade hospitalar. Para a avaliação econômica, foram considerados os valores aprovados das internações registradas entre 2019 e 2025. Esses valores representam os montantes aprovados para pagamento no âmbito do SIH/SUS e não devem ser interpretados como estimativa do custo econômico integral das doenças ou do custo contábil efetivamente incorrido pelas instituições hospitalares.

Foram calculadas frequências absolutas, proporções e variações percentuais entre períodos selecionados. Para a contextualização populacional, foram consideradas estimativas demográficas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), incluindo o cálculo de taxas brutas de internação por 100.000 habitantes para os desfechos com denominadores anuais disponíveis.

A discussão dos achados foi complementada por documentos oficiais brasileiros, consensos de sociedades científicas e estudos relevantes sobre obesidade e DCV, alimentação, atividade física, políticas de saúde e farmacoterapia. Foram priorizadas diretrizes, estudos clínicos randomizados, documentos governamentais e publicações de maior impacto científico. Essa etapa teve caráter narrativo e não correspondeu a uma revisão sistemática.

Por se tratar de análise de informações públicas, agregadas e sem identificação individual, não houve acesso a dados pessoais ou prontuários de pacientes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre 2015 e 2025, foram registradas no SIH/SUS 131.466 internações relacionadas à

obesidade, 520.371 internações por HAS e 1.558.340 internações por IAM **(Tabela 1.1)**.

A evolução temporal demonstrou comportamentos distintos entre as doenças cardiovasculares avaliadas. As internações por HAS diminuíram de 68.058 em 2015 para 36.784 em 2025, correspondendo a uma redução de aproximadamente 46,0%. Em sentido oposto, as internações por IAM aumentaram de 101.208 para 199.753, crescimento de aproximadamente 97,4% no mesmo período.

Ajustando os volumes de 2025 à população brasileira estimada pelo IBGE para o mesmo ano (213.421.037 habitantes), as taxas brutas de internação corresponderam a 17,24 internações por 100.000 habitantes para HAS e 93,60 por 100.000 habitantes para IAM. Não foi possível calcular uma taxa equivalente para obesidade, pois o número de internações anuais por essa causa em 2025 não estava disponível de forma discriminada nos dados consultados.

Em relação à mortalidade hospitalar, foram registrados 245 óbitos entre as internações classificadas por obesidade e 144.186 óbitos entre as internações por IAM. A letalidade hospitalar do IAM apresentou redução ao longo do período, passando de aproximadamente 11,8% em 2015 para 7,0% em 2025, correspondendo a diminuição absoluta de 4,8 pontos percentuais.

No componente econômico, entre 2019 e 2025, os valores aprovados pelo SIH/SUS alcançaram aproximadamente R$ 461 milhões para internações relacionadas à obesidade, R$ 150 milhões para HAS e mais de R$ 5,5 bilhões para IAM.

Tabela 1.1 Indicadores hospitalares relacionados à obesidade e às condições cardiovasculares selecionadas no SUS (2015–2025)

Indicador	Obesidade	HAS	IAM
Internações, 2015–2025	131.466	520.371	1.558.340
Internações em 2015	–	68.058	101.208
Internações em 2025	–	36.784	199.753
Variação 2015–2025	–	−46,0%	+97,4%
Óbitos hospitalares, 2015–2025	245	–	144.186
Letalidade hospitalar global*	0,19%	–	9,25%
Valores aprovados, 2019–2025	R$ 461 milhões	R$ 150 milhões	>R$ 5,5 bilhões

Legenda:* Calculada a partir da razão entre óbitos hospitalares e internações no período, quando ambos os dados estavam disponíveis. **Fonte:** elaborada pelos autores com base em dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS-DATASUS).

Discussão

Obesidade como componente do risco cardiovascular

Os resultados evidenciam uma elevada carga hospitalar relacionada às doenças cardiovasculares no SUS e devem ser interpretados no contexto da expansão da obesidade na população brasileira. Entretanto, é fundamental distinguir plausibilidade biológica de demonstração causal: os dados agregados do SIH/SUS não permitem afirmar que o aumento das internações por IAM tenha sido causado pela obesidade. O que se observa é a coexistência de tendências epidemiológicas relevantes, sustentada por ampla evidência individual de que a adiposidade excessiva contribui para o desenvolvimento de fatores de risco e de DCV.

A obesidade modifica profundamente a homeostase cardiovascular. O tecido adiposo visceral metabolicamente disfuncional atua como órgão endócrino, produzindo mediadores inflamatórios e alterando a secreção de adipocinas. Associam-se a esse processo resistência insulínica, hiperinsulinemia, aumento da atividade simpática, retenção de sódio, ativação neurohormonal, estresse oxidativo e disfunção endotelial. O resultado é um ambiente favorável à hipertensão, aterogênese, disfunção ventricular e alterações estruturais e elétricas do miocárdio (POWELL-WILEY *et al*., 2021; KOSKINAS *et al*., 2024).

Além disso, a obesidade exerce efeito cardiovascular indireto ao favorecer o aparecimento de diabetes mellitus tipo 2, HAS e dislipidemia. Dessa maneira, um mesmo indivíduo frequentemente acumula diversos componentes de risco, tornando inadequada uma interpretação baseada em fatores isolados.

O aumento de quase 100% nas internações por IAM entre 2015 e 2025 merece atenção particular. Embora envelhecimento populacional, maior capacidade diagnóstica, mudanças no acesso aos serviços e outros determinantes possam participar dessa tendência, a persistência de elevada prevalência de obesidade, sedentarismo, diabetes e outros fatores cardiometabólicos cria um cenário epidemiológico desfavorável.

Vale notar que o crescimento demográfico brasileiro no período foi comparativamente pequeno — as estimativas do IBGE indicam variação de aproximadamente +2,4% entre 2018 e 2025 —, o que reforça que o aumento de quase 100% nas internações por IAM dificilmente pode ser atribuído principalmente ao crescimento bruto da população, ainda que mudanças na estrutura etária, não capturadas por esse total, também devam ser consideradas.

Em contraste, as hospitalizações por HAS diminuíram aproximadamente 46%. Essa redução não significa necessariamente redução equivalente da prevalência populacional de hipertensão. A HAS é predominantemente manejada em nível ambulatorial e, quando adequadamente diagnosticada e tratada na atenção primária, pode demandar menos hospitalizações como diagnóstico principal. Mudanças na organização assistencial, disponibilidade de medicamentos e codificação hospitalar também podem influenciar essa tendência.

Portanto, a divergência entre queda das internações por HAS e aumento das internações por IAM não permite concluir que o controle da hipertensão tenha sido suficiente ou que a obesidade seja responsável isoladamente pela trajetória do IAM. Em vez disso, evidencia a complexidade da transição epidemiológica cardiovascular brasileira.

<u>As internações por obesidade representam apenas parte da carga da doença</u>

Um aspecto central para interpretação dos resultados é que as 131.466 internações registradas com obesidade não representam a prevalência da doença nem sua carga total sobre o SUS.

A obesidade é predominantemente diagnosticada e tratada em contexto ambulatorial e frequentemente aparece como comorbidade de pacientes hospitalizados por diabetes, doença cardiovascular, osteoartrose, apneia obstrutiva do sono, doença renal ou outras condições. Quando o SIH/SUS é consultado utilizando obesidade como diagnóstico principal, parte expressiva dessa carga indireta deixa de ser contabilizada.

Consequentemente, a relativamente baixa letalidade observada entre internações classificadas por obesidade — aproximadamente

0,19% — não deve ser interpretada como evidência de baixo impacto da obesidade sobre mortalidade. Grande parte das consequências fatais da adiposidade excessiva manifesta-se sob outros diagnósticos, principalmente cardiovasculares, metabólicos e neoplásicos.

Essa característica também impede atribuir ao excesso de peso os R$ 5,5 bilhões aprovados para internações por IAM. Esses valores representam a carga hospitalar do IAM, e não o custo cardiovascular diretamente atribuível à obesidade. Demonstrar qual parcela seria efetivamente atribuível à adiposidade exigiria outro desenho metodológico, com estimativas de fração atribuível populacional e controle de potenciais confundidores.

Alimentação, ultraprocessados e ambiente obesogênico

A trajetória da obesidade no Brasil acompanha mudanças importantes no sistema alimentar. Alimentos ultraprocessados caracterizam-se por elevada densidade energética e, frequentemente, maior conteúdo de açúcares livres, gorduras, sódio e aditivos, além de menor densidade de fibras e micronutrientes em comparação com padrões alimentares baseados predominantemente em alimentos in natura ou minimamente processados.

Dados brasileiros demonstraram aumento da participação dos ultraprocessados na ingestão energética entre 2008–2009 e 2017–2018. Particularmente relevante foi o crescimento observado entre segmentos que anteriormente apresentavam menor participação desses produtos, incluindo populações de menor renda e escolaridade e residentes nas regiões Norte e Nordeste, sugerindo progressiva disseminação desse padrão alimentar (LOUZADA *et al*., 2023).

Esse fenômeno deve ser analisado além da responsabilização individual. Preço, disponibilidade, publicidade, conveniência, ambiente de trabalho, tempo disponível para preparo dos alimentos e características do território interferem diretamente nas escolhas alimentares. Dessa forma, educação nutricional isolada dificilmente será suficiente para modificar de forma sustentada a epidemia de obesidade.

O Guia Alimentar para a População Brasileira representa importante instrumento ao valorizar alimentos in natura e minimamente processados e recomendar a evitação de ultraprocessados. Entretanto, a transformação do ambiente alimentar exige ações complementares capazes de facilitar escolhas saudáveis na prática cotidiana.

Inatividade física e comportamento sedentário

A redução do gasto energético relacionado ao deslocamento e ao trabalho, o aumento do transporte motorizado e a expansão do tempo de exposição a telas modificaram profundamente o padrão de atividade física das populações.

A inatividade física relaciona-se independentemente a maior risco de doença cardiovascular e mortalidade e, quando associada à elevada ingestão energética, favorece ganho de peso e perpetuação da obesidade. Contudo, atividade física não deve ser compreendida apenas como instrumento para induzir déficit calórico. Seus benefícios incluem melhora da aptidão cardiorrespiratória, sensibilidade à insulina, pressão arterial, capacidade funcional, saúde mental e composição corporal.

Nesse contexto, o manejo da obesidade deve evitar a simplificação de que o sucesso terapêutico depende exclusivamente de "comer menos e se exercitar mais". Intervenções comportamentais são fundamentais, mas a resposta biológica à perda ponderal inclui aumento da fome e adaptações no gasto energético que favorecem recuperação do peso, reforçando o caráter crônico e recidivante da doença.

Impacto econômico e pressão sobre o SUS

Os valores aprovados para hospitalizações demonstram a magnitude econômica das condições estudadas. Entre 2019 e 2025, aproximadamente R$ 461 milhões foram aprovados para internações relacionadas diretamente à obesidade, enquanto o IAM ultrapassou R$ 5,5 bilhões.

Esses valores, contudo, não correspondem ao impacto econômico completo da obesidade. O SIH/SUS contempla essencialmente a assistência hospitalar financiada pelo sistema e não incorpora integralmente consultas ambulatoriais, medicamentos, absenteísmo, incapacidade laboral, perda de produtividade, aposentadoria precoce ou custos indiretos decorrentes de complicações crônicas.

Além disso, parte importante do impacto econômico da obesidade provavelmente está registrada sob diagnósticos de suas complicações. Portanto, os R$ 461 milhões devem ser interpretados como valores aprovados para hospitalizações diretamente classificadas no grupo analisado, e não como custo total da obesidade para o país.

Essa distinção é importante porque evita simultaneamente subestimar a relevância da doença e atribuir indevidamente à obesidade todos os gastos das condições cardiovasculares associadas.

Políticas públicas: avanços e lacunas

O Brasil dispõe de importantes instrumentos de prevenção das doenças crônicas, incluindo o Guia Alimentar para a População Brasileira, a Política Nacional de Promoção da Saúde, o Programa Saúde na Escola e o Programa Academia da Saúde.

Essas iniciativas reconhecem que alimentação e atividade física são influenciadas por fatores coletivos e ambientais e não apenas por decisões individuais. O Programa Saúde na Escola apresenta particular relevância por permitir intervenção em fases precoces da vida, enquanto o Programa Academia da Saúde amplia oportunidades comunitárias de prática corporal e promoção da saúde.

Entretanto, a continuidade do crescimento da obesidade indica que o conjunto das ações existentes ainda não foi suficiente para interromper a tendência populacional. Essa observação não permite concluir, a partir dos dados deste estudo, que programas específicos sejam ineficazes, pois não foi realizada avaliação causal de políticas públicas. Demonstra, contudo, a necessidade de ampliar cobertura, continuidade, integração e alcance das intervenções.

A resposta à obesidade deve ser intersetorial e incluir atenção primária qualificada, educação alimentar e nutricional, estímulo à atividade física, planejamento urbano que favoreça mobilidade ativa, ambientes escolares saudáveis, regulação adequada da publicidade e comercialização de alimentos, enfrentamento das desigualdades socioeconômicas e acesso efetivo ao tratamento clínico da obesidade.

Uma nova era na farmacoterapia da obesidade

O tratamento da obesidade modificou-se substancialmente com o desenvolvimento de terapias incretínicas capazes de produzir reduções de peso anteriormente difíceis de alcançar com farmacoterapia.

A semaglutida atua como agonista do receptor de GLP-1, aumentando saciedade, reduzindo ingestão alimentar e modulando mecanismos centrais e periféricos relacionados ao balanço energético. A tirzepatida, por sua vez, exerce agonismo combinado sobre os receptores de GIP e GLP-1.

No estudo SURMOUNT-1, envolvendo adultos com obesidade ou excesso de peso e complicações associadas, sem diabetes, a tirzepatida produziu redução média de aproximadamente 15,0%, 19,5% e 20,9% do peso corporal

nas doses de 5, 10 e 15 mg, respectivamente, em 72 semanas, comparada a 3,1% com placebo.

O avanço mais relevante do ponto de vista cardiovascular, entretanto, ocorreu com a demonstração de benefício além da perda ponderal. No ensaio SELECT, 17.604 indivíduos com sobrepeso ou obesidade, doença cardiovascular previamente estabelecida e sem diabetes foram randomizados para semaglutida 2,4 mg semanal ou placebo. O desfecho composto de morte cardiovascular, IAM não fatal ou AVC não fatal ocorreu em 6,5% dos pacientes tratados com semaglutida e 8,0% daqueles que receberam placebo, correspondendo a redução relativa de 20% no risco de eventos cardiovasculares maiores (HR 0,80; IC95% 0,72–0,90).

Esses resultados modificam o paradigma terapêutico. O objetivo do tratamento da obesidade deixa de ser exclusivamente a redução do número indicado pela balança e passa a incluir prevenção de eventos, melhora funcional, controle de comorbidades e proteção de órgãos-alvo.

É importante, entretanto, não extrapolar automaticamente os resultados obtidos com um medicamento para toda a classe. A tirzepatida apresenta eficácia expressiva sobre peso e fatores cardiometabólicos, mas os benefícios cardiovasculares específicos devem ser interpretados segundo os desfechos demonstrados por cada ensaio clínico.

Os eventos adversos mais frequentes das terapias incretínicas são gastrointestinais, especialmente náuseas, vômitos, diarreia e constipação, geralmente mais evidentes durante o escalonamento de dose. Eventos menos frequentes e situações clínicas específicas exigem avaliação individualizada. A utilização deve ocorrer com indicação apropriada, acompanhamento longitudinal e consideração de contraindicações, tolerabilidade, custo e preferências do paciente.

O desafio do acesso no sistema público

A elevada eficácia das novas terapias cria um desafio adicional para sistemas universais de saúde: conciliar benefício clínico individual, magnitude da população elegível e sustentabilidade orçamentária.

Em setembro de 2025, a Conitec recomendou a não incorporação da semaglutida ao SUS para a população específica então avaliada — pacientes com obesidade graus II e III, sem diabetes, a partir de 45 anos e com doença cardiovascular estabelecida —, tendo sido publicada decisão correspondente.

O cenário, entretanto, permanece dinâmico. Em 2026 foi iniciada nova avaliação da semaglutida para prevenção de eventos cardiovasculares graves em uma população de alto risco, e o Ministério da Saúde também anunciou protocolo destinado a acompanhar o uso de medicamentos da classe GLP-1 em pacientes com obesidade grave atendidos no SUS. Até julho de 2026, esses medicamentos ainda não eram disponibilizados rotineiramente pelo sistema para tratamento da obesidade.

Esse contexto evidencia uma questão central para os próximos anos: identificar grupos nos quais o tratamento farmacológico ofereça maior benefício absoluto e melhor relação entre efetividade, segurança e impacto orçamentário.

A farmacoterapia, entretanto, não deve substituir políticas populacionais de prevenção. Mesmo medicamentos altamente eficazes não eliminam a necessidade de modificar ambientes alimentares, estimular atividade física e fortalecer a atenção primária. A estratégia mais consistente provavelmente será aquela que combine prevenção populacional, diagnóstico precoce, tratamento comportamental, farmacoterapia quando indicada e cirurgia metabólica/bariátrica para pacientes selecionados.

Limitações

Os resultados deste estudo devem ser interpretados considerando as limitações inerentes aos sistemas administrativos de saúde.

O SIH/SUS registra hospitalizações financiadas pelo sistema público e, portanto, não inclui integralmente procedimentos realizados exclusivamente na saúde suplementar ou de forma particular. Além disso, trabalha com registros hospitalares e não com indivíduos únicos, de modo que um mesmo paciente pode ser contabilizado em mais de uma internação.

A utilização do diagnóstico principal pode subestimar particularmente a carga da obesidade, uma vez que a doença frequentemente é registrada como condição associada enquanto a hospitalização ocorre por uma complicação cardiovascular, metabólica, respiratória ou musculoesquelética.

Os dados agregados também não permitem controlar fatores como idade, sexo, tabagismo, diabetes, dislipidemia, tratamento farmacológico, gravidade clínica, nível socioeconômico e outras variáveis capazes de influenciar o risco cardiovascular.

Consequentemente, as tendências simultâneas de obesidade, HAS e IAM não permitem estabelecer relações causais individuais ou calcular o percentual de eventos cardiovasculares atribuível à obesidade.

Finalmente, os valores financeiros do SIH/SUS correspondem a montantes aprovados para as hospitalizações e não devem ser interpretados como custo econômico total das doenças.

Apesar dessas limitações, a abrangência nacional e a longa série temporal tornam o SIH/SUS uma fonte relevante para avaliação da utilização dos serviços hospitalares e para identificação de tendências capazes de subsidiar planejamento e formulação de hipóteses.

CONCLUSÃO

A obesidade constitui um dos principais desafios contemporâneos para a saúde cardiovascular e para a sustentabilidade dos sistemas de saúde. No Brasil, sua crescente prevalência ocorre em um contexto no qual foram registradas mais de 131 mil internações relacionadas diretamente à obesidade, 520 mil por hipertensão arterial e 1,55 milhão por infarto agudo do miocárdio entre 2015 e 2025.

Enquanto as hospitalizações por HAS diminuíram aproximadamente 46%, as internações por IAM praticamente duplicaram no período analisado. Essa divergência não estabelece causalidade entre obesidade e IAM, mas, associada à sólida evidência fisiopatológica e epidemiológica disponível, reforça a importância de abordar a adiposidade excessiva como componente central da prevenção cardiovascular.

A carga da obesidade provavelmente é substancialmente superior àquela capturada pelas internações em que aparece como diagnóstico principal, uma vez que suas consequências frequentemente se manifestam sob outras condições clínicas. Da mesma forma, os elevados valores associados ao tratamento hospitalar do IAM demonstram a importância econômica da doença cardiovascular, embora não possam ser diretamente atribuídos à obesidade.

O enfrentamento dessa epidemia requer estratégias que ultrapassem a responsabilização individual e modifiquem determinantes alimentares, sociais e ambientais. Fortalecimento da atenção primária, alimentação adequada, atividade física, políticas intersetoriais e acesso ao tratamento baseado em evidências devem integrar a resposta nacional.

Paralelamente, agonistas do receptor de GLP-1 e terapias incretínicas combinadas inauguraram uma nova fase no tratamento da obesidade. A demonstração de redução de eventos

cardiovasculares com semaglutida em indivíduos de alto risco fortalece o conceito de que tratar a obesidade pode representar estratégia de proteção cardiovascular, e não apenas de perda ponderal.

O principal desafio dos próximos anos será transformar os avanços científicos em estratégias sustentáveis e equitativas, capazes de combinar prevenção, tratamento efetivo e redução do risco cardiovascular em escala populacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Farmacovigilância de medicamentos. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/fiscalizacao-e-monitoramento/farmacovigilancia. Acesso em: 18 set. 2026.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. Diretriz brasileira de tratamento farmacológico da obesidade: ABESO 2026. 5. ed. São Paulo: Scientific, 2026.

BRASIL. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Relatório de recomendação com decisão final nº 1033: semaglutida. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2025/relatorio-de-recomendacao-com-decisao-final-no-1033-semaglutida. Acesso em: 18 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 18 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 40 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_ nacional_promocao_saude.pdf. Acesso em: 18 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Academia da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/academia-da-saude. Acesso em: 18 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde na Escola. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://sisaps.saude.gov.br/pse/documento. Acesso em: 18 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS: SIH/SUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://siab.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060502. Acesso em: 18 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2023.pdf. Acesso em: 18 set. 2026.

FORERO TORRES A. Y.; FORERO L. C. Comparison Between Anthropometric Measurements and Indices to Evaluate General and Abdominal Obesity, Colombia ENSIN 2015. Biomédica, v. 43, n. suplemento 3, p. 88–98, 2023. DOI: 10.7705/biomedica.7011.

GALLO G.; DESIDERI G.; SAVOIA C. Update on Obesity and Cardiovascular Risk: From Pathophysiology to Clinical Management. Nutrients, v. 16, n. 16, p. 2781, 2024. DOI: 10.3390/nu16162781.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2020. 70 p. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101758.pdf. Acesso em: 18 set. 2026.

JASTREBOFF A. M.; ARONNE L. J.; AHMAD N. N. *et al*. Tirzepatide Once Weekly for the Treatment of Obesity. New England Journal of Medicine, v. 387, n. 3, p. 205–216, 2022. DOI: 10.1056/NEJMoa2206038.

KOSKINAS K. C.; VAN CRAENENBROECK E. M.; ANTONIADES C. *et al*. Obesity and Cardiovascular Disease: An ESC Clinical Consensus Statement. European Heart Journal, v. 45, n. 38, p. 4063–4098, 2024. DOI: 10.1093/eurheartj/ehae508.

LINCOFF A. M.; BROWN-FRANDSEN K.; COLHOUN H. M. *et al*. Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Obesity without Diabetes. New England Journal of Medicine, v. 389, n. 24, p. 2221–2232, 2023. DOI: 10.1056/NEJMoa2307563.

LOUZADA M. L. C.; CRUZ G. L.; SILVA K. A. A. N. *et al*. Consumption of Ultra-Processed Foods in Brazil: Distribution and Temporal Evolution 2008–2018. Revista de Saúde Pública, v. 57, n. 1, p. 12, 2023. DOI: 10.11606/s1518-8787.2023057004744.

PEPE R. B.; LOTTENBERG A. M.; FUJIWARA C. T. H. *et al*. Position Statement on Nutrition Therapy for Overweight and Obesity: Nutrition Department of the Brazilian Association for the Study of Obesity and Metabolic Syndrome. Diabetology & Metabolic Syndrome, v. 15, p. 124, 2023. DOI: 10.1186/s13098-023-01037-6.

POWELL-WILEY T. M.; POIRIER P.; BURKE L. E. *et al*. Obesity and Cardiovascular Disease: A Scientific Statement from the American Heart Association. Circulation, v. 143, n. 21, p. e984–e1010, 2021. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000973.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity and overweight. Geneva: World Health Organization, 2025. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight. Acesso em: 18 set. 2026.

YATES N.; SOUTH T. L. Injectable Drugs for Weight Management. Australian Prescriber, v. 48, n. 6, p. 197–202, 2025. DOI: 10.18773/austprescr.2025.052.